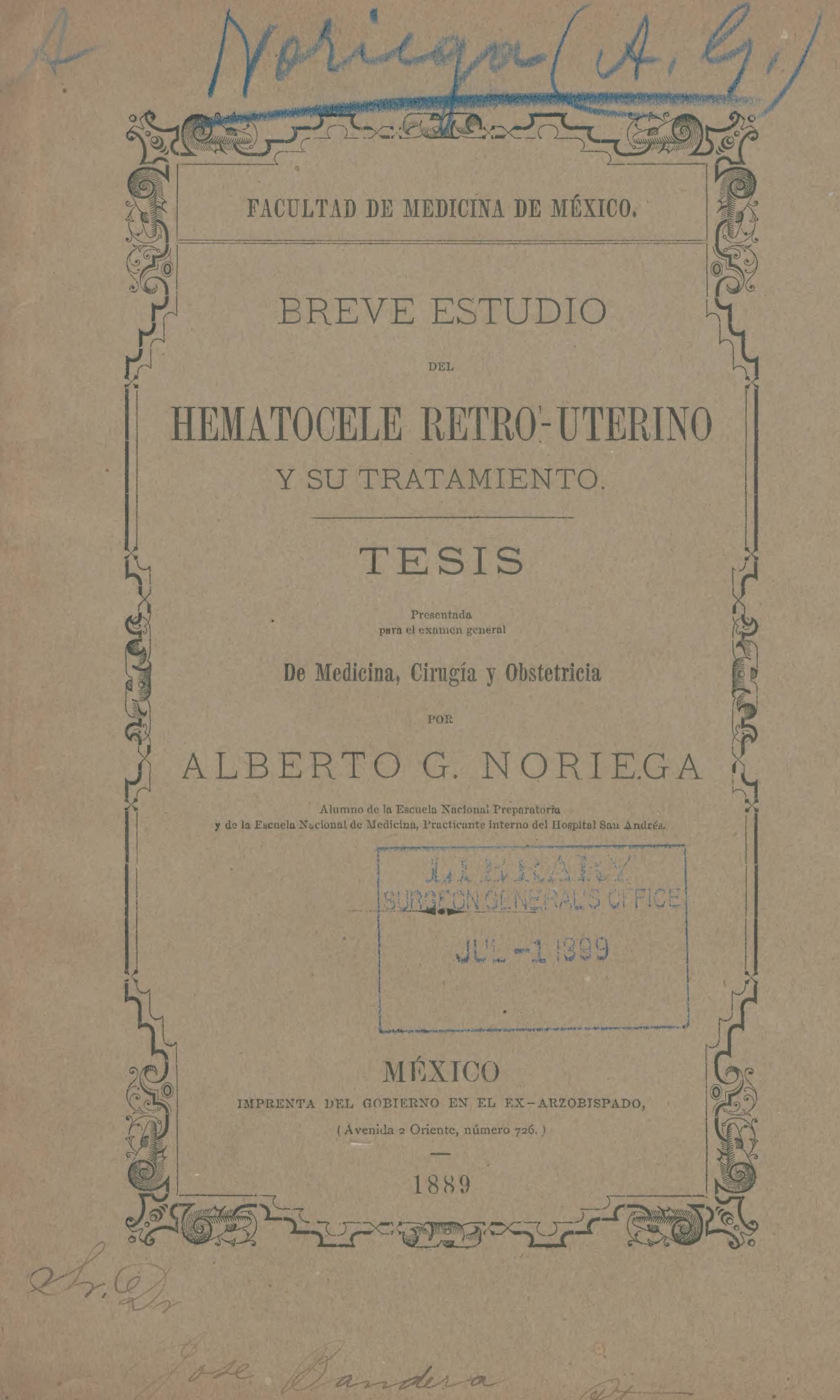


A Noriega (A. G.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVE ESTUDIO

DEL

HEMATOCELE RETRO-UTERINO

Y SU TRATAMIENTO.

TESIS

Presentada
para el examen general

De Medicina, Cirugía y Obstetricia

POR

ALBERTO G. NORIEGA

Alumno de la Escuela Nacional Preparatoria
y de la Escuela Nacional de Medicina, Practicante interno del Hospital San Andrés.

MÉXICO
IMPRENTA DEL GOBIERNO EN EL EX-ARZOBISPADO,
(Avenida 2 Oriente, número 726.)

1889

Sr. Dr.

José Bandera

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVE ESTUDIO

DEL

HEMATOCELE RETRO-UTERINO

Y SU TRATAMIENTO.

TESIS

Presentada
para el examen general

DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

POR

ALBERTO G. NORIEGA

Alumno de la Escuela Nacional Preparatoria
y de la Escuela Nacional de Medicina, Practicante interno del Hospital San Andrés

MÉXICO
IMPRENTA DEL GOBIERNO EN EL EX-ARZOBISPADO,
(Avenida 2 Oriente, número 726.)

1889

Querido y sabio maestro:

dispuesto siempre á oir y recordar vuestros sabios consejos y lecciones, tanto en la banca de la catedra como en la cabezera del que sufre, siempre os recordara con agradecimiento el ultimo de vuestros dicipulos

A. L. Noriega

A LA SAGRADA MEMORIA DE MI PADRE.

A MI ADORADA MADRE.

DÉBIL PRUEBA DE CARIÑO.

AL ILUSTRADO QUIMICO

SEÑOR JOSÉ D. MORALES.

AL INTELIGENTE

DOCTOR MIGUEL CORDERO.

AL DISTINGUIDO HIGIENISTA

DOCTOR LUIS E. RUIZ.

I

Hemos concluído nuestros estudios profesionales, hemos llegado á la etapa última venciendo los obstáculos sin cuento que se interponen en el camino, pero aún nos falta uno, el más grande, el decisivo, el examen profesional.

A la entrada del templo de Hipócrates, hay todavía un enorme escollo que vencer, es preciso derrumbarlo para penetrar su augusto recinto.

La última prueba á que hay que someterse es, en efecto, la más cruel y peligrosa, porque es de mayores trascendencias y la que exige más acopio de conocimientos y mayor fuerza de voluntad.

Para esta prueba la ley ordena un trabajo inaugural impreso, y es preciso acatarla por dura que sea. *Dura lex, sed lex.*

Del cumplimiento de las leyes resultan el orden y la estabilidad.

De la estabilidad y el orden surge el progreso.

Mas á pesar de nuestra buena voluntad y respeto á la ley, nos encontramos perplejos ante la magnitud del asunto y grandes dudas nos asaltan al elegir un punto entre ese mare mágnum de verdades científicas expuestas con más

ó menos talento, con más ó menos erudición, con más ó menos atractivo de lógica y elocuencia y que no podríamos expresar si apenas alcanzamos á comprender.

El alumno al abandonar las aulas posee un corto caudal de nociones aprendidas en los textos y carece por completo de experiencia personal, de manera que con nada nuevo puede contribuir para el progreso de la ciencia.

Aunque conocemos perfectamente nuestra ineptitud y sin pretensiones de presentar un trabajo original, se nos ocurre esta nueva dificultad: ¿Sobre qué disertar? ¿Será acertada la elección? Hé allí la incertidumbre.

Para superar este grave inconveniente, no queda sino un camino, recurrir á los consejos del hábil y entendido Profesor.

Así lo hemos hecho y únicamente así, nos atrevemos á presentar ante el ilustrado y digno Jurado que debe pronunciar el fallo de nuestro porvenir, este imperfecto trabajo desprovisto enteramente de mérito.

Abrigamos la confianza de que teniendo en cuenta las dificultades que entraña esta clase de trabajos, será juzgado con benevolencia.

La benevolencia es uno de los atributos del sabio.

II

NELATON describía desde el año de 1850 el *hematocele retro-uterino*, como una entidad morbosa especial y comprendiendo por esta denominación la formación de una bolsa sanguínea elástica situada en el fondo de saco de DOUGLAS, rechazando por su presencia, el cuerpo del útero contra la sínfisis púbica. Con el trascurso del tiempo se hizo un uso abusivo de este término aplicándolo á todo tu-

mor sanguíneo de la pelvis y aun á todo derrame de sangre en la cavidad abdominal. Una extensión de tal manera vasta de la palabra hematocele no podía menos que traer consigo la confusión por las múltiples y variadas concepciones á que daba lugar.

¿Qué analogía existe, en efecto, entre la enfermedad descrita por el ilustre autor francés y un derrame de sangre libre en la cavidad peritoneal? Ninguna por cierto: ni en su principio, ni en su marcha, ni en la terminación hay semejanza alguna. Por estas razones y para evitar la confusión, deberemos como lo hace SCHROEDER, fijar claramente los términos y designaremos bajo el nombre de *hematocele retro-uterino*, un tumor sanguíneo, elástico, ocupando el fondo de saco de DOUGLAS y rechazando el útero contra la sínfisis púbica y reservaremos los nombres de *trombus* y *hematomas* para las colecciones sanguíneas extraperitoneales, que son bastante raras.

III

Los autores no están de acuerdo con respecto á la localización del derrame, una ojeada rápida á la anatomía patológica de la lesión dará á conocer desde luego que las opiniones están divididas, pues unos la consideran como extra-peritoneal y otros la colocan en la cavidad del peritoneo donde se forma un saco ó envoltura especial, rechazando los intestinos hacia la parte superior. De esta opinión son VIRCHOW, BERNUTZ y ARAN; CH. WEST afirma que en ninguna autopsia hecha cuidadosamente ha podido encontrar el derrame extra-peritoneal.

Se puede decir que siempre el hematocele es intra-peritoneal y está constituído por un tumor enquistado en el

2

fondo de saco retro-uterino y decimos enquistado porque un derrame sanguíneo libre en la cavidad del peritoneo no podría formar jamás tumor tenso y flotaría libremente en la amplia cavidad cambiando de situación según las diversas posiciones que tome la enferma.

El tumor del hematocele se forma de dos maneras:

1° Una bolsa cerrada por seudo-membranas y aislada de la cavidad abdominal puede preexistir á la hemorragia. Las dos paredes del saco se aplican exactamente la una sobre la otra y limitan una cavidad virtual de la misma manera que las serosas en estado de integridad. La cara posterior de la matriz está en contacto con la pared anterior del recto y el fondo de saco que existe entre estas dos partes, cerrado hacia arriba por una especie de puente membranoso. Si una hemorragia se declara en el interior de la bolsa, la distiende, rechaza el recto hacia atrás, el útero hacia adelante contra la sínfisis y forma un tumor tenso y elástico. A esta clase de hematoceles pertenecen también los que son debidos á una hemorragia verificada en el interior de un tumor retro-uterino de contenido líquido. El derrame de sangre dilata entonces bruscamente el antiguo saco y el contenido es una mezcla de suero ó de pus y sangre.

2° Puede suceder que la hemorragia preceda al enquistamiento del fondo de saco de Douglas. En este caso, cualquiera que sea la fuente de la hemorragia, mientras la sangre permanezca líquida formará capa en la parte inferior del vientre, pero no un hematocele. Esta capa líquida ocupará el fondo de saco de Douglas por ser la parte más inclinada de la pelvis tanto en el decúbito dorsal como en la estación vertical, cuando la vejiga y el recto están vacíos. Si en estas circunstancias la sangre se coagula ó se enquista se podrá encontrar un tumor retro-uterino que no presenta sin embargo los caracteres del hematocele,

esto se debe á que el volumen del tumor depende del estado de replexión de los órganos vecinos en el momento de su formación, pues si la vejiga y el recto están llenos, sus paredes aproximándose, la acción de la pesantez será insuficiente para mantener el líquido en el fondo de saco retro-uterino y una insignificante capa se depositará únicamente.

Vemos que la acumulación de sangre difiere del hematocele en su volumen, consistencia y acción mecánica sobre los órganos pélvicos; puesto que el segundo comprime y rechaza estos órganos, mientras que la primera se deja comprimir y rechazar por ellas.

Para que una hemorragia que se verifica libremente en la cavidad abdominal produzca un hematocele se necesita *que tome su origen en un sitio declive y que se haga lentamente ó se repita con frecuencia.*[1]

Así una hemorragia única y libre en la cavidad abdominal no podrá ofrecer jamás los carecteres del hematocele por las razones ya dichas; pero si la sangre derramada, por su contacto, irrita el peritoneo y provoca la formación de adherencias que la enquisten y se continúa ó se reproduce la hemorragia abajo del punto secuestrado, se encontrarán entonces las mismas condiciones que si la bolsa hubiese preexistido: la sangre distenderá las paredes del saco, comprimirá el recto y rechazará el útero contra la sínfisis.

Pasemos ahora á examinar en detalle los diferentes sitios que pueden dar lugar á una hemorragia y á un hematocele. La hemorragia debe tener lugar á expensas de los órganos de la pequeña pelvis. Cuando se verifica en la cavidad abdominal, la muerte tiene frecuentemente lugar á consecuencia de la peritonitis; pero puede suceder alguna

1 SCHROEDER. Enfermedades de los órganos genitales de la mujer, página 481, 6ª edición.

vez que un coágulo se forme en el fondo de saco de DOUGLAS y no será confundido con el verdadero hematocele por la falta de los signos que les son propios.

La sangre puede provenir de los oviductos, de los ovarios, de los ligamentos anchos y de otras partes de la serosa pélvica.

1° Las *hemorragias tubarias* pueden deberse:

A una ruptura por *preñez tubaria:* este accidente da lugar á un cuadro típico del hematocele. El derrame de sangre puede hacerse de las dos maneras ya descritas: ó antiguas perimetritis, causa directa de las preñeces tubarias, cierran el fondo de saco retro–uterino y tenemos la primera forma; ó una hemorragia se verifica libremente en la cavidad abdominal, la sangre se enquista y hemorragias ulteriores concluyen la formación del hematocele. Esta etiología es quizá la más frecuente, aunque las preñeces tubarias sean rara vez conocidas. (J. VEIT.)

En la *hematometria* las hemorragias por las trompas no son raras. Hay entonces una hemorragia primitiva en la trompa, y la sangre expulsada por el canal dilatado, se derrama en la cavidad abdominal por el orificio ovárico del oviducto. Sin embargo, no hay hematocele en estas condiciones, porque las pequeñas cantidades de sangre expulsadas son enquistadas separadamente en la proximidad de los orificios abdominales de las trompas, formando pequeñas nudosidades conteniendo sangre.

Excepcionalmente las trompas pueden ser el sitio de un derrame de sangre durante la *menstruación*, y esta sangre ser derramada secundariamente en el vientre. En este caso la cantidad de sangre es insuficiente para dar nacimiento á un hematocele.

2° La *ovulación normal* no causa *hemorragia del ovario* porque no hay derrame, ó á lo menos es insignificante, en la cavidad del folículo de DE GRAAF. Pero suele acon-

tecer que la hemorragia sea más intensa, sobre todo si un vaso varicoso del ovario se ha roto en la ovulación.

Es raro que la hemorragia se verifique *fuera de la ovulación*, y para esto es necesario que el ovario esté enfermo: una red de varices puede cubrir el ovario ó el estroma de la glándula, estar reblandecido, profundamente degenerado, ó fuertemente hyperhemiado. Otros estados patológicos, la existencia de quistes pequeños por ejemplo, facilitan las hemorragias.

Con frecuencia la hemorragia tubo-ovárica tiene lugar primero en un folículo de DE GRAAF, en un quiste ó en el estroma de la glándula. Se forma un saco sanguíneo que rompiéndose después, vierte su contenido en el vientre.

3° *Las hemorragias de los ligamentos anchos* son raras. Sin embargo, algunas veces, el revestimiento está muy delgado al nivel de ciertas venas varicosas muy hinchadas que pueden romperse y verter su contenido en la cavidad abdominal.

4° *Las hemorragias del peritoneo pélvico* son causa también del hematocele. Sucede entonces un fenómeno análogo al que tiene lugar en la paqui-meningitis hemorrágica. En las *pelvi-peritonitis* parciales seudo-membranosas abundantemente vascularizadas principian por cerrar el fondo de saco de DOUGLAS, y después ellas mismas proporcionan la sangre que constituirá el hematocele. Alguna vez la hemorragia se hace en una cavidad llena de suero transparente. CREDÉ cita un ejemplo muy interesante de pelvi-peritonitis serosa con hemorragia secundaria de las paredes de la bolsa.

Reasumiendo las causas principales de la hemorragia, son: la *pelvi-peritonitis hemorrágica* y la *preñez extra-uterina*. Las otras causas tienen una importancia muy secundaria. Añadiremos para concluir que la ruptura de los vasos sanguíneos, puede ser facilitada por circunstancias

dependientes de un estado general tales como el escorbuto, la hemofilia y la púrpura, ó á una intoxicación por el fósforo en que las paredes de los vasos sufren la degeneración grasosa.

Los esfuerzos corporales violentos, las sacudidas bruscas, pueden ser causa de la ruptura de los vasos sanguíneos. Toda hyperhemia de los órganos de la pequeña pelvis, ya sea resultado de un enfriamiento, ó ya de excitación sexual, se hace causa local de hemorragias.

La congestión fisiológica menstrual tiene importancia considerable. Algunos autores acusan también el coito verificado en el momento de las reglas.

El hematocele no se encuentra en mujeres que han sido siempre sanas, por lo general todas las que son atacadas de esta afección, lo han sido antes de afecciones puerperales, sobre todo de peri–metritis.

El tumor sanguíneo retro–uterino, se observa con más frecuencia durante el período más activo de la vida sexual; en 77 casos ha tenido lugar en las edades siguientes:

Entre 20 y 30 años	....	51	veces.
,, 30 y 35	,, ...	17	,,
,, 35 y 40	,, ...	6	,,
A los 40	,, ...	1	vez. (West).

Vemos por este cuadro que la mayor frecuencia está de 20 á 35 años.

IV

El hematocele como hemos dicho ya, aparece rara vez en mujeres saludables, diversos desórdenes han precedido su explosión y generalmente son peri–metritis, dolores en

el hipogastrio, desórdenes intestinales, con frecuencia metrorragias atestiguando una congestión crónica de los órganos pélvicos, se puede abrigar alguna duda con respecto á la amenorrea que data de dos ó tres meses, y que las pacientes refieren á un embarazo. SCHROEDER dice que en estos casos se trata casi siempre de un embarazo extrauterino cuya ruptura ha determinado el hematocele.

A pesar de estos desórdenes precursores el hematocele se presenta con un cortejo de síntomas que hacen creer que se trata de una enfermedad aguda. Un calosfrío y las más veces una serie de calosfríos, seguidos de calentura, marcan el principio de la afección. La temperatura no se eleva mucho arriba de la normal y baja en seguida rápidamente, sin embargo no faltan excepciones á esta regla, pues en algunos casos la calentura puede tomar el tipo continuo.

Los otros síntomas notables de la afección se refieren á tres órdenes de causas que son: *la peritonitis parcial, la hemorragia interna y la compresión por el tumor, de los órganos de la pequeña pelvis.*

La *peritonitis* ofrece diversos grados, desde el cuadro característico hasta la falta completa de signos, debiéndose lo segundo á que la bolsa preexistía al derrame, y en semejante circunstancia solamente se observa un dolor espontáneo que se exagera por la presión.

La hemorragia interna da lugar á síntomas más ó menos graves, según su abundancia. La paciente se pone repentinamente pálida, su pulso se debilita y es presa de un síncope y aun del calapso completo con desaparición del pulso radial.

El volumen del tumor determina *signos de compresión* que apuntaremos brevemente.

Por parte del recto la defecación es difícil, sobre todo el paso de materias fecales duras detrás del tumor doloro-

so. La propagación de la inflamación por contigüidad da nacimiento al catarro rectal.

Por el lado de la vejiga, ganas frecuentes de orinar, ó retención de orina. La micción es dolorosa.

Los cordones nerviosos comprimidos dan lugar á calambres en los miembros inferiores.

El útero es rechazado contra la sínfisis y resulta una estasis sanguínea que es probablemente la causa de las abundantes pérdidas que se observan algunas veces.

La exploración física proporciona datos acerca del volumen, forma, consistencia y situación del tumor.

Por medio de la palpación externa se reconoce un tumor elástico arredondeado, ocupando la línea media y que pasa la altura de la sínfisis. En un segundo examen, se suele advertir que el tumor ha aumentado y que sube hasta el ombligo; este cambio de volumen indica que una segunda hemorragia se ha verificado en el seno de la bolsa. No es raro encontrar de uno y otro lado grandes tumores reunidos por un segmento mediano.

Cuando la sensibilidad no es muy exagerada y permite deprimir la pared anterior del vientre, se descubre un pequeño tumor duro, delante del primero, es el fondo del útero rechazado.

Al tacto vaginal el dedo siente cerca del orificio vulvar un tumor arredondeado, llenando toda la excavación y rechazando el útero en masa hacia adelante, de tal manera que el cuello se encuentra inmediatamente contra la sínfisis. Puede suceder también que la matriz sea desalojada hacia arriba, el cuello siguiéndola en su ascenso no podrá ser alcanzado por el dedo.

Usando el tacto rectal se aprecia perfectamente la forma, el volumen, la consistencia del tumor y su situación retro-uterina.

Para ratificar los datos recogidos servirá ventajosamen-

te la exploración bimanual. Este método de exploración nos asegurará que el tumor que se siente exteriormente, es el mismo que llena la excavación y se llega á aislar el cuerpo del útero.

La consistencia del tumor es elástica, pero á medida que trascurre el tiempo se hace dura, su forma irregularmente apezonada, y su sensibilidad disminuye lentamente. No es muy raro producir con el tacto una especie de crepitación, *la crepitación de nieve*, debida al molimiento de los coágulos sanguíneos.

Es de suma importancia hacer el tacto de todas las maneras indicadas, para llegar á un diagnóstico preciso, porque debe tenerse en cuenta que si la situación del tumor por lo general es la que hemos apuntado, en no muy remotas ocasiones, el hematocele no hace saliente en el fondo de saco vaginal posterior á causa de que las paredes del saco Douglas están unidas con fuertes adherencias que le impiden separarse. Si el excesivo dolor producido por la maniobra de exploración no permitiese poner en práctica todos los medios de que se puede disponer, es preferible recurrir al cloroformo antes que dejar el examen incompleto.

La marcha de esta afección es esencialmente crónica. El tumor queda estacionario ó aumenta poco á poco; si hay reabsorción del contenido, disminuye insensiblemente, se hace más duro y desigualmente apezonado, el cuello uterino vuelve lentamente á su lugar primitivo y las manifestaciones dolorosas cesan al cabo de algunos meses. A pesar de todo puede sentirse todavía un tumor pequeño retro–uterino y fuertemente adherido á la matriz.

El estado general de la enferma, las más veces inspira serios temores por el agotamiento y postración á que la conducen los dolores continuos, la sensación de presión y los desórdenes funcionales de la vejiga y del recto.

La terminación de la enfermedad tiene lugar de diversos modos, ya por reabsorción, como hemos dicho, ó ya por inflamación y ruptura de la bolsa que vierte su contenido:

En el recto. Síntomas de catarro rectal se manifiestan primero, después de algunos días la bolsa se rompe y la enferma arroja por las evacuaciones masas negras grumosas que no son otra cosa que el contenido del quiste. Inmediatamente la paciente comienza á experimentar alivio, el tumor disminuye poco á poco hasta desaparecer completamente. La perforación es seguida algunas veces de epticemia con todo su cortejo sintomático y la enfermerdad se termina por la muerte.

En la vagina. La ruptura es precedida de catarro vaginal. La abertura puede hacerse por la vagina y el recto simultáneamente.

En la vejiga. Es el caso más raro. Según Ott no se conoce más que un ejemplo y la perforación se hizo al mismo tiempo por la pared abdominal.

En la cavidad abdominal. Este modo de terminación por fortuna no es muy frecuente. Se complica á menudo de largas supuraciones y de descomposición pútrida, causando la muerte por agotamiento ó peritonitis.

V

El cuadro del hematocele es tan característico, tan apreciable, que la idea de esta afección se presenta desde luego á la mente. Los datos anamnésticos y el examen objetivo bastan suficientemente para establecer el diagnóstico; mas á pesar de esto no carece de utilidad registrar

los caracteres diferenciales que la distinguen de las enfermedades con las que más fácilmente pudiera confundirse.

Anotaremos en primer lugar la perimetritis.

Los anamnésticos, la aparición brusca del tumor, la invasión súbita de los síntomas coincidiendo con una anemia instantánea pertenecen más bien al hematocele. La marcha de la afección presenta también algunas diferencias: el hematocele se hace más duro con el trascurso del tiempo, tiene una consistencia desigual apezonada, mientras que la peri-metritis serosa queda largo tiempo estacionada; sin embargo, un exudado fibrinoso puede fácilmente seguir una marcha idéntica y ser confundido con un hematocele. Aquí se buscará la crepitación propia de la sangre coagulada y en último caso se recurrirá á la punción exploradora.

La retroflexión del útero grávido puede simular también la afección que nos ocupa. El tacto vaginal acusa analogías, pero un examen atento y completo alejará las dudas, porque no se observará el fondo del útero rechazado contra la sínfisis, y el tumor no se eleva en la cavidad abdominal.

Los quistes del ovario y los fibromas uterinos que están encajados en el fondo de saco de DOUGLAS y determinan la inflamación, dan lugar á los mismos signos objetivos que el hematocele, pero su principio y su marcha difieren notablemente. En último resultado la punción exploradora establecerá el diagnóstico.

La preñez extra-uterina del fondo de saco de DOUGLAS es muy rara. La posición del útero y su hipertrofia ayudarán eficazmente.

El cáncer retro-uterino tiene los síntomas inherentes á los neoplasmas malignos.

El sitio preciso de la hemorragia es el punto más difícil de fijar. Solamente los anamnésticos podrán guiarnos á suponer la fuente probable de su origen.

El hematocele es siempre una afección seria, tanto por el perjuicio grave que acarrea á la salud, como por el peligro inmediato y las consecuencias lejanas que deja.

Si la muerte es terminación excepcional y debida á la supuración y putrefacción del tumor, las consecuencias no son menos de temerse; los cambios de posición del útero, las peri-metritis repetidas y la esterilidad que resultan de las adherencias del ovario y del estrangulamiento de los oviductos, no obstante la concepción no es imposible.

VI

Hemos llegado á la cuestión capital, al punto más importante para nosotros, al objeto principal de nuestro humilde trabajo: el tratamiento.

El tratamiento del hematocele se divide en médico y quirúrgico; el primero aplicable y perfectamente indicado al principio de la afección y que ha bastado en muchas ocasiones para curarla, consiste en las aplicaciones de hielo en el momento de la hemorragia con objeto de detener el derrame y prevenir la peritonitis que pudiera sobrevenir, los estimulantes cuando las fuerzas de la enferma se agotan. El uso del opio lo prescribe WEST á dosis estimulante mejor que sedativa. La evacuación de la orina por medio de la sonda, si los fenómenos de compresión se hacen sentir. La administración de lavativas laxantes para evitar que el paso de las materias fecales duras irrite el tumor y provoque vivos dolores.

WEST elogiando el tratamiento médico, refiere una importante observación que creemos conveniente trascribir. Se trata de una mujer de 30 á 40 años que había tenido un hijo. Hacía poco que las reglas se habían restablecido

y se presentaban de una manera irregular. Al tercer día, después de una menstruación muy abundante, la enferma cayó repentinamente en un estado de agotamiento profundo, que la hemorragia externa no era suficiente para explicar. Tuvo un desvanecimiento, cayó en síncope que duró mucho tiempo, su pulso era casi imperceptible, la piel tan fría como en el período álgido del cólera; creí, dice el autor, que iba á morir cuando la ví, cinco horas después de la invasión de los accidentes.

El examen vaginal no denunciaba nada; no se descubría ningún tumor en la pelvis, temía que el saco de un embarazo extra-uterino se hubiese abierto en el peritoneo.

Apliqué hielo sobre el vientre, administré opio y estimulantes, esforzándome por volver el calor á la piel.

Al día siguiente volví á verla después de un intervalo de 18 horas. Los accidentes habían desaparecido y la enferma se encontraba bien. No volví á verla, pero me han referido que curó sin presentar síntomas de inflamación peritoneal.

Esta observación es rara y su lectura hace dudar de la exactitud del diagnóstico, pues no hay datos suficientes para asegurar que se trataba de un hematocele. Los síntomas del principio del hematocele son parecidos á los de la inflamación de los anexos del útero y se debe tratarlos como á ellos: reposo absoluto, sedativos y mercuriales á pequeñas dosis.

Al retorno de cada período menstrual redoblar las precauciones, porque la excitación de la circulación general y la congestión especial de los órganos sexuales, pueden motivar una nueva hemorragia.

West aconseja aplicar un pequeño número de sanguijuelas en la región ilíaca, cuando la tensión de las paredes es muy considerable y la sensibilidad exagerada.

Aran adopta un plan de tratamiento mucho más ac-

tivo y que dá según él magníficos resultados. La hemorragia siendo reciente, aplica 20 ó 30 sanguijuelas sobre el tumor abdominal, si el estado general no se opone, al día siguiente hace una nueva aplicación de 15 ó 20 en el mismo sitio y luego una tercera de 12 ó 15 si las fuerzas del enfermo no lo impiden. Muy raro será necesitar una cuarta aplicación. La enferma es sometida á un régimen tonificante mientras se practican estas deplesiones sanguíneas que se reemplazan tan luego como es posible por vejigatorios y unciones de tintura de yodo sobre el abdomen. Gracias á estos medios, dice Aran, y cita hechos en su apoyo, he reducido á 15 y en los casos menos favorables á 20 ó 30 días la duración de una enfermedad, que los autores pretenden, que dura varios meses.

Pero á pesar del tratamiento puesto en práctica, muchas veces no se consigue provocar la reabsorción del tumor y los síntomas de compresión, molestan mucho á la enferma. En estas circunstancias ¿qué hacer? Recurrir al tratamiento quirúrgico.

En tiempos atrás, cuando el método antiséptico no era conocido, cuando las inmensas ventajas proporcionadas por su poderosa influencia no habían sido palpadas, justificado era el temor que se tenía de abrir estas colecciones sanguíneas porque la operación llevaba consigo, casi fatalmente, la supuración y putrefacción, cambiando la afección primitiva sin peligro para la vida en ún accidente las más veces mortal. Hoy que los progresos de la antisepsia han hecho desaparecer los temores se debe intervenir quirúrgicamente siempre que haya indicación precisa.

Y decimos *indicación precisa*, porque no en todos los casos que se encuentre un hematocele retro-uterino, se deberá operar, aun cuando su volumen y los dolores que determina exijan pronto remedio. Es necesario cerciorarse antes de que la hemorragia ha cesado, de que el tumor no sigue

aumentando de volumen y en caso contrario abstenerse de toda intervención operatoria, por temor de provocar una nueva hemorragia de tal manera considerable que podría por sí sola poner en peligro la vida de la enferma. Empeñándose, ante tal acontecimiento, en activar el tratamiento médico y sintomático con el objeto de ver si se logra detener las hemorragias y después de algún tiempo intentar la intervención si el derrame no se reabsorbe y si los desórdenes consiguientes á su volumen continúan.

El método más usado para la evacuación del contenido del foco ha sido hasta hoy, la punción con el trocar. Este método, á nuestro modo de ver no es bueno, con él se logra únicamente la evacuación de las partes líquidas dejando un depósito abundante de coágulos que procuran largas supuraciones y el agotamiento de la paciente. El uso de la punción que tantas esperanzas prometía en todos los abscesos y colecciones líquidas tiende hoy á restringirse á causa de sus numerosos inconvenientes y con mucha más razón deberá serlo tratándose de colecciones cuyo contenido no es homogéneo sino mezcla de partes sólidas y líquidas.

Preferiremos, toda vez que la intervención quirúrgica esté resuelta, poner en práctica el procedimiento que HEGAR ha aconsejado, no para la afección que nos ocupa, sino para los abscesos de la región. Previas precauciones antisépticas, hacer una amplia incisión en la pared del vientre, en el punto á donde el tumor está en estrecha unión con la pared, segunda incisión en el fondo de saco vaginal posterior, canalización y aseo perfecto de la bolsa.

Estas ideas nos han sido sugeridas por el hábil é inteligente profesor DR. MIGUEL CORDERO, quien tuvo la oportunidad de ponerlas en práctica. Como por lo regular gran cantidad de coágulos se han adherido á la pared de la cavidad y coágulos libres pueden existir en la masa sanguínea líquida, pudiendo dar su contingente á la fermentación pú-

trida, el Dr. Cordero modifica el procedimiento operatorio, haciendo la incisión en la parte supero-interna de la región inguinal, pasa de allí el tubo de canalización hasta el fondo de saco vaginal posterior; evacua totalmente el contenido del tumor no limitándose solamente á las partes fluidas y sólidas que están libres, sino quitando por medio de una raspa metódica con la cucharilla roma los coágulos más ó menos adheridos á las paredes del foco, quedando éste en mejores condiciones para su completa cicatrización. Con esta modificación en el procedimiento operatorio el Dr. Cordero tuvo brillante éxito en una enferma de la sala "Cirugía de Mujeres" en el Hospital San Andrés y cuya observación pasamos á referir.

Guadalupe Sánchez, natural de Morelia, de 25 años de edad, entró al Hospital San Andrés el día 4 de Junio de 1888, y ocupó la cama núm. 19 de la sección de Cirugía de Mujeres. Los antecedentes recogidos son los siguientes: El padre había fallecido de una afección pulmonar contraída por una fuerte contusión.

Respecto á ella, su enfermedad databa de dos meses; estando en pleno período menstrual se le suspendió bruscamente después de haber tomado nieve, refiere haber tenido en esa época calosfrío y calentura, pero de corta duración.

Dos meses después entra al hospital con este cuadro sintomático.

Dolor hipogástrico continuo, gravativo, exasperado por la presión ó los esfuerzos; tumor en la misma región, de consistencia elástica, llegando hasta dos dedos abajo del ombligo y de doce centímetros en su diámetro transversal; situado entre el recto y la matriz, rechaza á ésta contra la sínfisis y la mantiene en anteversión forzada, los movimientos comunicados al útero se trasmiten al tumor y viceversa; el fondo de saco vaginal posterior está borrado y el tac-

to provoca vivo dolor en este sitio, se percibe fluctuación oscura y hay tenesmo vesical. La temperatura era 36° 5 en la mañana y 37° en la tarde. Prescripción. *Un centígramo de calomel* cada hora. Yodo al hipogastrio. Dieta láctea.

Al día siguiente, día 6, previa anestesia clorofórmica, se hizo una incisión de cuatro centímetros en la región externa del pliegue inguinal, se llegó hasta el fascia transversalis y se despegó cuidadosamente el peritoneo con el dedo; reconocidos los límites del tumor y protegidos convenientemente los vasos ilíacos con la mano izquierda se abrió el saco con tijeras haciendo un ojal de tres centímetros, que dió salida á gran cantidad de sangre líquida y coágulos de color rojo oscuro, en su mayor parte duros. Lavada perfectamente la cavidad con solución de bicloruro de mercurio al milésimo, se canalizó y se puso curación con yodoformo y empaque algodonado.

Una vez concluída la operación se procedió á hacer el examen de los órganos vecinos por medio del tacto y pudo advertirse que el recto ya no estaba comprimido y el útero había vuelto á su situación normal. Momentos después aparecieron vómitos y el apósito se manchó mucho de sangre.

Día 7, estado general bueno, tumor reducido, siguen saliendo coágulos de su interiror. El tubo se había desalojado. Temperatura 38° 2. Prescripción. *La misma curación de ayer* y 30 gr. *de aceite de ricino.*

Día 8, el purgante obró bien. Nada notable en el estado de la enferma. Temperatura, 38° 7. La misma curación.

Día 9, el desagüe se hacía bien, el tumor aunque reducido, es apreciable á la exploración. Temperatura, 38° 7. Sigue la misma curación.

Día 10, todo en el mismo estado. Temperatura 39° 1. Curación con yodoformo.

Día 11, la temperatura es de 38° 5, el pulso tomado después de la curación dió 112 pulsaciones por minuto y 40 inspiraciones. Curación, la misma que los días anteriores.

Día 12, el tumor más reducido, pero contiene aún algunos coágulos descompuestos. Se lavó á *gran agua* con solución antiséptica, extrayendo los coágulos desprendidos y descompuestos que existían en su interior. Temperatura 38° 5. Curación con yodoformo.

Día 13, muy mal olor en la herida, por la que siguen saliendo coágulos en completa descomposición pútrida. Se amplió la incisión y se extrajeron los coágulos desprendidos y los que no presentaron grandes dificultades para ser desprendidos con el dedo auxiliado de una cucharilla roma. Temperatura, 38° 9. Curación con yodoformo.

Día 14. Despide menos mal olor la herida, pero todavía existen muchos coágulos dentro del foco, duros, fibrinosos y fuertemente adheridos. Temperatura 38° 5. Se hizo una incisión en el fondo de saco vaginal posterior, se canalizó y se lavó abundantemente el foco por esta nueva vía.

Día 15. No existen ya coágulos en el interior, no se siente casi mal olor. Temperatura 38° 4. La misma curación.

Los dias 16, 17 y 18, la temperatura no pasó de 37° 5, el foco se reducía más y más, disminuyendo sus productos. La enferma manifestó sentir fuertes ardores que fueron atribuídos por el Sr. Dr. Cordero al lavatorio de bicloruro que entrando en combinación con el yodoformo formaba un biyoduro cáustico que obrando sobre las superficies cruentas las irritaba. La solución de bicloruro fué sustituída por la solución fénica al 2½ por ciento.

Desde el día 18 en adelante, la temperatura se mantuvo en 37° 5 y el estado general era cada vez más satis-

factorio, el foco continuaba reduciéndose. El día 2 de Julio no permitía la introducción del dedo.

El día 9. No había ya endurecimiento, el útero tenía su movilidad normal. El tubo de canalización deslizaba con dificultad á través de las heridas que tenían muy buen aspecto. La piel que rodeaba la incisión cutánea estaba algo enrojecida. Se sustituyó el tubo de canalización por dos hilos gruesos.

El día 13, la cantidad de pus que salía por la herida era sumamente corta, se quitaron los hilos y cauterizaron con nitrato de plata las yemas carnosas exuberantes del orificio cutáneo. Curación con sub-nitrato de bismuto.

El día 22, la herida externa estaba todavía bastante profunda, se canalizó de nuevo hasta el fondo, inyectando en seguida una solución de yodo yodurado y se volvió á la curación con yodoformo.

El día 19 de Agosto, la herida operatoria del arco de POUPART mide aún 5 centímetros de profundidad. El período menstrual vuelve á aparecer después de cinco meses de ausencia.

El 22 de Septiembre, vuelve á aparecer el período menstrual. La herida operatoria cutánea mide solamente 3 centímetros de profundidad. Se quitó el tubo.

El día 28, la herida del arco de POUPART estaba completamente cicatrizada, la evolución menstrual al corriente y el útero con su movilidad normal.

Fué dada de alta el día 4 de Octubre completamente curada.

El procedimiento que el DR. CORDERO empleó fué el empleado por RECAMIER desde 1839 aplicándolo á la curación de quistes chicos de la pequeña pelvis. RECAMIER puncionaba la pared abdominal en el lugar que correspondía al tumor, con un trocar, llevaba la cánula contra el fondo del quiste hasta la excavación, y haciendo en seguida una

segunda punción por el canal vaginal, colocaba un tubo que recorría todo el camino abierto por el trocar é inyectaba soluciones anti-sépticas.

HEGAR después usó del mismo procedimiento para tumores de pequeñas dimensiones que adherían muy estrechamente á los órganos pélvicos, reposando por uno de sus segmentos en la pared abdominal. Este autor refiere el caso de un absceso retro-uterino en el que hizo una amplia incisión en la pared abdominal, poniendo á descubierto algunas asas intestinales con adherencias, entre las que se habían formado abscesos; despegó las asas, llegó al absceso y atravesó hasta el fondo de saco vaginal posterior, colocó un tubo de canalización y después de curaciones cuidadosas tuvo la satisfacción de ver curada á su enferma.

Esto mismo fué lo que se hizo en la observación que hemos referido y el resultado fué igualmente satisfactorio.

Creemos que al procedimiento de HEGAR ó mejor dicho de RECAMIER, podría hacérsele una modificación, que simplifica bastante la operación, sin disminuir en nada sus ventajas. En lugar de dos incisiones, hacer una solamente por el fondo de saco vaginal posterior, limpiar bien la cavidad y colocar dos tubos de canalización paralelos hasta el fondo del tumor para el aseo subsecuente y asegurar el escurrimiento de los líquidos. Esta incisión por su situación en el punto inferior, en la base si podemos decir así, del tumor, no permite la acumulación de los líquidos en la cavidad y obvia las complicaciones que pudieran sobrevenir con la incisión de la pared abdominal.

Para concluir, trascribiremos un cuadro estadístico, comparativo, de CH. WEST, entre la punción y la expectación.

En 55 casos tratados por la expectación 43 curaron y 12 murieron. Analizando estos datos detalladamente dan el resultado que sigue:

En las 43 curaciones:

La sangre fué reabsorbida en...............	30 casos.
La sangre fué evacuada por el recto......	7 ,,
La sangre fué evacuada por la vagina....	4 ,,
La sangre fué evacuada por el útero......	1 ,,
La sangre fué evacuada por el peritoneo.	1 ,,

En los 12 casos terminados por la muerte, esta tuvo lugar:

Por tisis..	1 vez
Por tisis y albuminuria....	1 ,,
Por disenteria..	1 ,,
Agotamiento y extensión de los abscesos á los muslos..	1 ,,

En estos 4 casos la muerte no fué causada por el derrame sino indirectamente. En los 8 restantes:

Por piohemia después de abierto el tumor por el recto...	1 vez
Por hemorragia intestinal...........................	1 ,,
Por hemorragia en la cavidad quística........	2 ,,
Por hemorragia vaginal..............................	1 ,,
Por ruptura del quiste en el peritoneo.........	1 ,,
Por peritonitis sin ruptura del quiste..........	2 ,,

Término medio de muertes 21,8 por ciento.

Los 48 casos en que la cirugía intervino, dan 40 curaciones y 8 muertes. En las 40 curaciones, 38 veces la punción fué hecha por la vagina y dos veces por el abdomen. En los 8 casos la muerte tuvo lugar:

Por ruptura del quiste después de una punción..	1 vez
Por piohemia, cuyos síntomas precedieron á la punción..	1 ,,
Por piohemia consecutiva á la punción.......	1 ,,
Por hemorragia á través de la herida.........	2 ,,

Por hemorragia en el interior del saco después de la obliteración de la punción....... 1 vez
Por peritonitis (punción por la vagina)...... 1 „
Por peritonitis (punción por el abdomen)... 1 „

Término medio de muertes 16,6 por ciento.

Si comparamos los resultados obtenidos por uno y otro método de tratamiento, veremos que la ventaja está por la intervención quirúrgica y la punción por la vagina, supuesto que en 2 casos en que la punción se verificó por el abdomen la muerte tuvo lugar una vez.

La punción, hemos dicho, es un método defectuoso y apuntamos brevemente las razones: la incisión por el fondo de saco vaginal posterior carece de los defectos de aquella, así pues lógicamente se deduce que sus resultados serán superiores, siempre que esté indicada la intervención.

West después de una larga experiencia y del estudio profundo de la práctica ajena llega á las conclusiones siguientes que reasumen las contraindicaciones.

No se debe intervenir quirúrgicamente:

1º Cuando la hemorragia es reciente y susceptible por consiguiente de reabsorberse.

2º Cuando la hemorragia es antigua, pero disminuye gradual y lentamente.

3º Cuando el aumento de volumen del tumor á cada período menstrual, demuestra que las causas de la hemorragia no han cesado todavía.

Fuera de estas circunstancias se debe siempre inter venir y de la manera que hemos indicado.

Terminamos, señores jurados, pidiendo indulgencia para un trabajo muy superior á la corta práctica y escasos conocimientos del estudiante al concluir sus estudios profesionales.

M. G. Noriega.